LUDVIKA KOMMUN

Social- och utbildningsförvaltningen

BILAGA TILL ANSÖKAN OM OMSORG PÅ OBEKVÄM ARBETSTID – INTYG FRÅN ARBETSGIVARE GÄLLANDE OBEKVÄM ARBETSTID

Ifylld blankett biläggs ”Ansökan om omsorg på obekväm arbetstid”

Skickas till:
Social- och utbildningsförvaltningen
Barnomsorgen
771 50 Ludvika

Denna bilaga till ansökan
gäller barn med personnummer:

Fylls i av arbetstagaren

Arbetstagaren	Vårdnadshavare 2/Medsökande
Namn	Namn
Personnummer	Personnummer
Adress	Adress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefonnummer dagtid	Telefonnummer dagtid
Mobilnummer	Mobilnummer
E-post	E-post

Fylls i av arbetsgivaren

Anställningsform	Från och med datum	Till och med datum
☐ Tillsvidare ☐ Visstidsanställning		
Övriga upplysningar		

Härmed intygas att ovanstående arbetsgivare endast kan erbjudas arbetsschema som INTE kan påverkas eller förläggas till annan **TID** eller **DAG**. (Bifoga arbetsschema)	
Företagets namn	Organisationsnummer
Adress	Telefon dagtid
Postnummer och ort	E-post
Namnförtydligande	Underskrift

www.ludvika.se/gdpr